

1. DEFINICION:

El cáncer de cuello uterino es una enfermedad por la que se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del cuello uterino.

El cuello uterino es el extremo inferior, estrecho del útero (el órgano hueco, en forma de pera donde se desarrolla el feto). El cuello uterino comunica el útero con la vagina (canal del nacimiento).

2. EPIDEMIOLOGIA:

En el 2006 se diagnosticaron 9710 casos en los Estados Unidos y cerca de 3700 mujeres murieron en el mismo año.

3. ANTECEDENTES:

Éste cáncer es causado por el virus del papiloma humano (PVH) y puede ser prevenible a través de una nueva vacuna y prácticas de sexo seguro. Los estados premalignos pueden diagnosticarse a través de la citología y técnica de Papanicolaou (Pap). El cáncer invasivo usualmente requiere un manejo agresivo y a menudo, terapia combinada con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Esta revisión ofrece una visión general de la literatura actual en relación con el estado de la técnica de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino.

4. FACTORES DE RIESGO:

Éste cáncer es causado por el virus del papiloma humano (PVH) y puede ser prevenible a través de una nueva vacuna y prácticas de sexo seguro

5. TAMIZAJE:

Los estados pre malignos pueden diagnosticarse a través de la citología y técnica de Papanicolaou (Pap).

6. ETIOLOGÍA Y PREVENCIÓN PRIMARIA:

La mayoría de los casos de cáncer cervical uterino se consideran el resultado de una infección del epitelio cervical por tipos oncogénicos de PVH. Más de 30 tipos oncogénicos y más de 70 tipos de PVH no oncogénicos se reconocen. Los tipos oncogénicos en orden decreciente de la prevalencia son PVH-16 incluyen, PVH-18,

PVH-45, PVH-31, PVH-33, PVH - 58, PVH-52, PVH-35, PVH-59, PVH-56, PVH-6, PVH-51, PVH-68, PVH-39, PVH-82, PVH-73, PVH-66 y PVH-70. Se transmiten por relaciones sexuales y su propagación puede impedirse por la abstinencia. El uso regular de condones y prácticas sexuales seguras puede reducir el riesgo de las verrugas genitales y displasia cervical en las personas sexualmente activas, pero los informes no son coherentes en materia de prevención de la infección subclínica del PVH. Estos virus son ubicuos, y el riesgo de infección durante la actividad sexual es alto.

La FDA ha aprobado recientemente una vacuna tetravalente, que consta de partículas no infecciosas de péptidos de PVH-6, PVH-11, PVH-16 y PVH-18 (**Gardasil**, de Merck & Co., Inc., Whitehouse, Nueva Jersey). Cuando se administra en una serie de 3 vacunas en los 6 meses antes del inicio de la actividad sexual, la vacuna confiere un alto nivel de inmunidad a esos serotipos. La vacuna está recomendada para las mujeres con edades comprendidas entre 9 a 26 años y se espera que reducir notablemente la incidencia de PVH de alto riesgo y la displasia cervical y para reducir la incidencia de cáncer invasor del cuello uterino en las futuras generaciones de mujeres jóvenes. Una segunda vacuna bivalente (Cervarix, de GlaxoSmithKline, Brentford, Middlesex, Reino Unido), que está dirigido a la prevención del PVH-16 y PVH-18, muestra sustancial protección cruzada para el PVH-31 y PVH-45. Esta vacuna está disponible en Europa y probablemente estará disponible pronto en los Estados Unidos. Estas vacunas han resultado en un alto nivel de anticuerpos y en una disminución del riesgo de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) 15-18, aunque la duración de la inmunidad es todavía incierta.

6. SOSPECHA DIAGNÓSTICA:

La displasia del cuello uterino está categorizada por el sistema de Bethesda y las condiciones difieren entre anormalidades citológicas e histológicas. La colposcopia debe considerarse para todos los grados de displasia con biopsia de las lesiones sugestivas de cáncer. En la displasia leve o NIC 1, los pacientes pueden ser seguidos a intervalos frecuentes, ya que muchos casos se resuelven espontáneamente y sólo en raras ocasiones progresa a alto grado de displasia o cáncer. Los pacientes con displasia moderada a severa, NIC 2 o NIC 3 (o carcinoma in situ), y adenocarcinoma in situ requieren un tratamiento adicional con terapia ablativa o escisión dirigidas a la células anormales. La terapia suele incluir la excisión electroquirúrgica en asa, la crioterapia (congelación del cuello del útero), la terapia con láser (vaporización con láser del epitelio cervical), o conización (extracción quirúrgica de un espécimen en forma de cono de cuello uterino con un bisturí). En raras ocasiones, se indica la histerectomía para el manejo de la displasia cervical.

7. DIAGNÓSTICO:

La prueba de Papanicolaou ha sido utilizada por más de 50 años en los Estados Unidos y las naciones desarrolladas para la detección precoz de anormalidades citológicas cervicales vistas con la displasia cervical y carcinoma de cuello uterino. La colposcopia debe considerarse para todos los grados de displasia con biopsia de las lesiones sugestivas de cáncer.

8. DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN SECUNDARIA:

La prueba de Papanicolaou ha sido utilizada por más de 50 años en los Estados Unidos y las naciones desarrolladas para la detección precoz de anormalidades citológicas cervicales vistas con la displasia cervical y carcinoma de cuello uterino. El cribado se ha traducido en una reducción significativa en la incidencia y las muertes a causa del cáncer invasor de células escamosas del cuello uterino. Otro subtipo histológico, el adenocarcinoma, se plantea en la mucosa del epitelio secretor - el endocervix. El tamizaje citológico del epitelio del cuello uterino ha mejorado a lo largo de los años 20 y de base líquida de cribado citológico y el reflejo de la prueba del PVH en intervalos de 3 años en las mujeres sexualmente activas han demostrado tener una sensibilidad del 80% y una especificidad del 95%, en un costo de aproximadamente \$ 50,000 por año de vida salvada. Como recomendaciones aconsejamos iniciar la prueba de Papanicolaou 3 años después de la primera relación sexual con la continuación de selección en 1 - 3 años, dependiendo de la edad, factores de riesgo, y la directriz específica que se use. Aunque la prueba de Papanicolaou de cribado ha reducido significativamente la incidencia y la mortalidad en las naciones desarrolladas, por lo general no están disponibles en las naciones en desarrollo, donde el cáncer cervicouterino sigue siendo un importante problema de salud pública para las mujeres jóvenes.

9. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA DISPLASIA CERVICAL:

La displasia del cuello uterino está categorizada por el sistema de Bethesda y las condiciones difieren entre anormalidades citológicas e histológicas. La colposcopia debe considerarse para todos los grados de displasia con biopsia de las lesiones sugestivas de cáncer. En la displasia leve o NIC 1, los pacientes pueden ser seguidos a intervalos frecuentes, ya que muchos casos se resuelven espontáneamente y sólo en raras ocasiones progresa a alto grado de displasia o cáncer. Los pacientes con displasia moderada a severa, NIC 2 o NIC 3 (o carcinoma in situ), y adenocarcinoma in situ requieren un tratamiento adicional con terapia ablativa o escisión dirigidas a la células anormales. La terapia suele incluir la excisión electroquirúrgica en asa, la crioterapia (congelación del cuello del útero), la terapia con láser (vaporización con láser del epitelio cervical), o conización (extracción quirúrgica de un espécimen en forma de cono de cuello uterino con un bisturí). En raras ocasiones, se indica la histerectomía para el manejo de la displasia cervical.

10. PATOLOGIA:

SUBTIPOS HISTOLÓGICOS DEL CARCINOMA CERVICOUTERINO

Aunque la displasia cervical y el cáncer se diagnostican a través de todas las edades a partir de la primera relación sexual, la gravedad de la enfermedad está relacionada con la edad avanzada. La displasia de bajo grado y las verrugas genitales se diagnostican con mayor frecuencia en las edades comprendidas entre 20 y 29 años; la displasia de alto grado, en edades comprendidas entre los 30 a 39 años y el carcinoma invasor, en las edades de 40 a 49. Woodman et al. informaron de que la displasia de alto grado se produjo en una mediana de 26 meses a partir de la primera documentación de infección por PVH. Algunos casos de displasia de bajo grado pueden progresar a displasia de alto grado (15%, 2 años), un tercio de las displasias de alto grado progresan a carcinoma invasor en 10 años si no se tratan. Las displasias de alto grado sin tratar, (NIC 2 y NIC 3) desarrollan carcinoma cervicouterino invasor en 5 - 10 años. El curso de progresión de adenocarcinoma in situ a adenocarcinoma invasor es impredecible y a menudo más rápido que el de las lesiones escamosas.

La mayoría de los carcinomas de cuello uterino se inician en la zona de transformación del cuello uterino y los subtipos histológicos más comunes son: escamoso (75%), glandular (20%), o una combinación (2% -3%). El carcinoma escamoso puede ser queratinizante o no queratinizante. Raras formas histológicas, como carcinoma de células claras y carcinoma de células pequeñas, constituyen menos del 5% de todos los carcinomas de cuello uterino invasivo. Las mujeres con exposición en el útero a dietilestilbestrol tienen mayor riesgo de cáncer cervical y vaginal y requieren de vigilancia permanente. La progresión de la displasia cervical a carcinoma invasor es acelerado en los pacientes inmuno suprimidos. La incidencia del cáncer invasor del cuello uterino está aumentando en las mujeres infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana, en parte debido a la transmisión sexual del virus y a la aceleración de la transición de la displasia invasivas a cáncer invasivo. En 1991 se añadió a la definición de enfermedades que definen el SIDA. El hábito de fumar también ha demostrado acelerar 2 veces la progresión de la displasia cervical a carcinoma invasor.

EVALUACIÓN DE LOS CÁNCER INVASOR DEL CUELLO UTERINO:

El sistema de estadiaje FIGO sigue siendo el más utilizado para la clasificación del cáncer uterino, favorecido porque permite la comparación objetiva de los resultados en el tratamiento quirúrgico y no quirúrgico modalidades. Las recomendaciones de tratamiento varían mucho según la etapa clínica, por lo que un minucioso examen físico realizado por un oncólogo con experiencia es necesario para asegurar que el paciente es asesorado hacia opciones de tratamiento apropiado y además determinar un acertado pronóstico.

11. PATRONES DE DISEMINACIÓN:

Extensión local: compromiso de parametrio, vagina, fondo de saco de Douglas, vejiga, recto, hidronefrosis.

Metástasis a distancia: pulmones y otros.

12. MANIOBRAS DE ESTADIFICACION:

La estadificación es clínica. Se recomiendan: Rayos x de tórax, urografía excretora, rectosigmoidoscopia.

Otros exámenes: creatinina (con depuración), hemograma completo.

En los Estados Unidos se recomienda: RM de pelvis contrastada, tomografía computada abdominopelvica, cistoscopia y enema baritado, rayos x de tórax para tumores estadios > I B y PET-CT scan de todo el cuerpo.

13. TNM:

Definiciones TNM

Las definiciones de las categorías T corresponden a los estadios aceptadas para FIGO.

Categorías TNM/Estadios FIGO

Tumor Primario (T)

- TX: el tumor primario no puede ser evaluado
- T0: no hay evidencia de tumor primario
- Tis /0: carcinoma in situ
- T1/I: el carcinoma cervicouterino está estrictamente limitado al útero (no debe tenerse en cuenta la extensión al cuerpo)
- T1a/IA: carcinoma invasor diagnosticado sólo mediante microscopia. Todas las lesiones visibles macroscópicamente aún con invasión superficial son T1b/1B. Invasión estromal con profundidad máxima de 5 mm medida desde la base del epitelio y expansión horizontal 7 mm o menos. Una invasión del espacio vascular, ya sea venosa o linfática, no afecta la clasificación
- T1a1/1a1: invasión estromal 3 mm o más de profundidad y 7 mm o menos de extensión horizontal
- T1a2/1A2: invasión estromal mayor de 3 mm y no mayor de 5 mm con expansión horizontal de 7 mm o menos
- T1b/1B: lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino o lesión microscópica >T1a/1A2
- T1b1/1B1: lesión clínicamente visible 4 cm o menos en su mayor dimensión
- T1b2/1B2: lesión clínicamente visible mayor de 4 cm en su mayor dimensión
- T2/II: el carcinoma se ha extendido más allá del útero pero no a la pared pélvica ni al tercio inferior de la vagina
- T2a/IIA: tumor que no se ha extendido al parametrio
- T2b/IIB: tumor que se ha extendido al parametrio

- T3/III: extensión a la pared pélvica o se extiende al tercio inferior de la vagina o causa hidronefrosis o disfunción renal
- T3a/IIIA: el tumor se ha extendido al tercio inferior de la vagina pero no se extiende a la pared pélvica
- T3b/IIIB: diseminación del tumor a la pared pélvica o causa hidronefrosis o disfunción renal
- T4/IVA: el tumor invade la mucosa de la vejiga o el recto o se extiende más allá de la pelvis misma (un edema de Bullar no es suficiente para clasificar un tumor como T4)

Ganglios linfáticos regionales (N)

- NX: los ganglios regionales no pueden ser evaluados
- N0: no hay metástasis de ganglios regionales
- N1: evidencia de metástasis de ganglios regionales

Metástasis a distancia (M)

- MX: la metástasis a distancia no puede ser evaluada
- M0: no hay metástasis a distancia
- M1/IVB: existe metástasis a distancia

Agrupación por estadios del AJCC**Estadio 0**

- Tis, N0, M0

El estadio 0 es el carcinoma *in situ* o carcinoma intraepitelial. No hay invasión del estroma.

Estadio I

- T1, N0, M0

Estadio 1A

- T1a, N0, M0

Estadio IA1

- T1a1, N0, M0

Estadio IA2

- T1a2, N0, M0

Estadio 1B

- T1b, N0, M0

Estadio IB1

- T1b1, N0, M0

Estadio IB2

- T1b2, N0, M0

Estadio II

- T2, N0, M0

Estadio IIA

- T2a, N0, M0

Estadio IIB

- T2b, N0, M0

Estadio III

- T3, N0, M0

Estadio IIIA

- T3a, N0, M0

Estadio IIIB

T1, N1, M0
T2, N1, M0
T3a, N1, M0
T3b, cualquier N, M0

Estadio IVA

- T4, Cualquier N, M0

Estadio IVB

- Cualquier T, cualquier N, M1

Clasificación FIGO**Estadio I**

El estadio I es el carcinoma estrictamente limitado al cérvix; no se debe tener en cuenta la extensión al cuerpo uterino.

- Estadio IA: carcinomas invasivos sólo diagnosticados por microscopio. Todas las lesiones de gran magnitud aún con invasión superficial se consideran como cáncer en estadio IB. La invasión se limita a la invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm* y no más de 7 mm de ancho. [*Nota: *la profundidad de la invasión debe ser 5 mm o menos desde la base del epitelio, ya se origine en la superficie o en las glándulas. La invasión del espacio vascular, ya sea venoso o linfático, no debe alterar la clasificación.*]
- Estadio IA1: invasión medida del estroma 3 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de diámetro.
- Estadio IA2: invasión medida del estroma más de 3 mm pero 5 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos de diámetro.
- Estadio IB: lesiones clínicas limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas de mayor extensión que el estadio IA.
- Estadio IB1: lesiones clínicas 4 cm o menos de tamaño.

- Estadio IB2: lesiones clínicas con tamaños mayores de 4 cm.

Estadio II

En el estadio II el carcinoma se extiende más allá del cérvix uterino, pero no se ha extendido a la pared pélvica. El carcinoma afecta la vagina, pero no llega a la sección tercia inferior.

- Estadio IIA: no hay complicación obvia del parametrio, hasta dos tercios de la parte superior de la vagina se encuentran afectados.
- Estadio IIB: complicación obvia del parametrio, pero sin llegar a la pared pélvica lateral.

Estadio III

El estadio III implica que el carcinoma se ha extendido a la pared pélvica o implica el tercio inferior de la vagina. Acorde al examen rectal, no hay espacio sin cáncer entre el tumor y la pared pélvica. Se deben incluir todos los casos con hidronefrosis o con insuficiencia renal, a menos que se sepa que se deben a otras causas.

- Estadio IIIA: sin extensión a la pared pélvica, pero sí al tercio inferior de la vagina.
- Estadio IIIB: extensión a la pared pélvica, hidronefrosis o insuficiencia renal.

Estadio IV

El estadio IV implica que el carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis misma o ha afectado clínicamente la mucosa vesical o rectal.

- Estadio IVA: propagación del tumor a órganos adyacentes a la pelvis.
- Estadio IVB: propagación a órganos distantes

14. ESTADIFICACION

Estadificación y pronostico (% sobrevida a 5 años):

I = confinado estrictamente al cerviz (85-92%)

I a = tumor identificado en microscopica exclusivamente.

II a1 = cuando la invasión estromal no es mayor de 3 mm en profundidad y 7 mm en longitud.

I a2 = cuando la invasión estromal es de 3-5 mm en profundidad y mayor de 7 mm en longitud (92%)

I b = lesiones clínicas confinadas al cerviz o lesiones que se pueden identificar sin microscopia.

I b1 = cuando las lesiones son menores de 4 cm de tamaño.

I b2 = cuando las lesiones son mayores de 4 cm (85%).

II = se extiende mas allá del cuello pero no se ha extendido a la pared pélvica, compromete la vagina pero no hasta el 1/3 inferior de la misma (60-80%)

II a = No compromiso del parametrio clínicamente aparente (83%).

II b = con compromiso de los parametrios clínicamente aparente (62%).

III = se extiende a la pared pélvica, en le examen rectal no hay separación del tumor a la pared pélvica, extensión al 1/3 inferior de la vagina, todos los pacientes con hidronefrosis o riñón no funcional debe ser incluidas en este grupo (40-56%).

III a = no extensión a la pared pélvica pero si hay compromiso del tercio inferior de la vagina (56%).

III b = extensión a la pared pélvica o hidronefrosis o riñón no funcional (40%).

IV = se extiende mas allá de la pelvis verdadera o con invasión clínica de la vejiga o recto (4-5%).

IV a = extensión del crecimiento a órganos adyacentes (5%).

IV b = extensión a órganos distantes (4%).

15. SOBREVIDA:

Incluida en el ítem anterior.

16. ESTADIO DE PRESENTACION:

En Colombia, aproximadamente el 50 % de los pacientes se presentan con enfermedad de alto riesgo.

17. INTENCION DE TRATAMIENTO:

Estadios I-IV a: curativo.

Estadio IV b: paliativo (con la rara excepción de recaída central en paciente potencialmente resecable con excenteracion pélvica).

18. TRATAMIENTO ESTANDAR:

TRATAMIENTO DE CÁNCER CERVICAL INVASIVO:

El tratamiento de cáncer invasor del cuello uterino puede incluir cirugía, radioterapia, terapia de quimio-radiación o la quimioterapia, dependiendo de la clínica, y se basa en la probabilidad de controlar la enfermedad de manera loco regional y sistémica. El cáncer cervicouterino es más comúnmente diagnosticado cuando la enfermedad está limitada a la pelvis, por lo tanto, el tratamiento loco regional adecuado desde el momento del diagnóstico inicial es necesario para un desenlace óptimo.

Para los pacientes en etapa IA1, IA2, IB1, la probabilidad de curación quirúrgica mediante histerectomía (simple o radical, dependiendo de las características del tumor) y la linfadenectomía pélvica es superior al 90%, y estos pacientes son considerados desde el inicio candidatos a cirugía. La traquelectomía radical con disección de ganglios linfáticos puede ser considerada en mujeres jóvenes con enfermedad en etapas IA1, IA2, IB1 y si se desea preservar la fertilidad. En el postoperatorio, hallazgos patológicos son evaluados para identificar el riesgo de afectación ganglionar oculta y recurrencia locorregional. Los pacientes son clasificados como riesgo intermedio si 2 de los 3 siguientes hallazgos patológicos adversos se encuentran en el momento de la cirugía: invasión del espacio linfovascular, tumor de más de 4 cm, y / o invasión de más de un tercio del estroma cervical. La radioterapia adyuvante pelviana ha demostrado mejorar la supervivencia libre de enfermedad en estos casos (45.0-50.4 Gy en fracciones de 25a-28va)

Los pacientes son clasificados como de alto riesgo si en el momento de la cirugía el paciente se encuentra con extensión tumoral a tejidos paravaginal, paracervical, cúpula vaginal o los ganglios linfáticos pélvicos. Terapia Adyuvante postoperatorio pélvica (con o sin una ventana para-aórtica sobre la base de hallazgos patológicos), de radiación de haz externo (45.0-50.4 Gy en 25a-28o fracciones) concurrente con la quimioterapia se recomienda para los pacientes de alto riesgo. La irradiación intravaginal con dosis altas ó bajas de radiación puede ser considerada en algunos casos. La quimiorradioterapia adyuvante para pacientes de alto riesgo se asocia con un incremento en la supervivencia. Sin embargo, la incidencia de efectos tóxicos graves es mayor en los pacientes que reciben tanto la cirugía radical como la radioterapia. Debido a este aumento de los efectos tóxicos, el plan de tratamiento primario de la atención debe ser diseñado para evitar el uso rutinario de la cirugía radical y radioterapia, siempre y cuando sea posible. Si los factores de riesgo clínico en el momento del diagnóstico sugieren una alta probabilidad de que la radioterapia adyuvante será necesaria después de la cirugía, los pacientes deben ser considerados para quimiorradioterapia primaria.

Para los pacientes con enfermedad en etapas IB2, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IVA, mejores resultados se obtienen con la radioterapia de haz externo en toda la pelvis con radiación adicional intracavitaria, para liberar una dosis esterilizante hacia el tumor, más la quimioterapia simultánea basada en cisplatino. Un meta-análisis de 4.580 pacientes (en 19 ensayos aleatorios) que recibieron quimioterapia concurrente y radioterapia versus radioterapia solamente, mostró una mejora en la supervivencia libre de progresión (hazard ratio [HR], 0,61; P <.001) y una mayor supervivencia global (HR, 0,71; P <.001) para los pacientes tratados simultáneamente en comparación con aquellos que fueron tratados con radioterapia sola. La terapia de quimiorradiación concomitante con un régimen basado en platino dio lugar a una reducción en metástasis locales (HR, 0,61; P <.001) y a distancia (HR, 0,57; P <.001). El beneficio absoluto de la quimiorradiación frente a la radiación por sí sola a los 3 años de seguimiento fue de aproximadamente el 10% en todos los ensayos positivos. El

medicamento más común utilizado para los regímenes de terapia concurrente de quimiorradiación fue: cisplatino (40 mg/m² por semana) o cisplatino (50 mg/m²), seguido de perfusión intravenosa continua con fluorouracilo (4 g / m² durante 96 horas) en los días 1 y 29 durante la radiación. En los ensayos que compararon con cisplatino semanal mas fluorouracilo y cisplatino solo, no evidenciaron las diferencias terapéuticas entre regímenes. El cisplatino semanal se ve favorecida por la mayoría de los oncólogos porque es fácil para administrar, no requiere una bomba de infusión, y tiene menos efectos tóxicos en piel y mucosas sobre el campo irradiado, en comparación con el régimen de infusión de fluorouracilo.

Múltiples ensayos apuntan a la importancia de la técnica y las dosis de radioterapia para lograr altas tasas de curación de cáncer de cuello uterino. La braquiterapia intracavitaria con la colocación de fuentes radiactivas cerca del tumor, es un componente esencial del tratamiento. Debido a las propiedades físicas de las fuentes radiactivas, la dosis disminuye rápidamente más allá del tumor, por lo tanto, se conservan más los tejidos sanos adyacentes (por ejemplo, la vejiga, recto). Se requieren dosis acumulativas de 75 a 85 Gy para enfermedad no nodular y 85 a 90 Gy para enfermedad nodular. La duración de la radioterapia también parece ser importante, múltiples estudios clínicos sugieren una mejoría en el control tumoral y con una corta duración del tratamiento.

Los pacientes con carcinoma cervicouterino etapa IVB tienen enfermedad metastásica y son mejor tratados con quimioterapia sistémica, reservándose la terapia de radiación para la paliación sintomática de la enfermedad localizada. Algunos pacientes seleccionados con enfermedad nodular pélvica podrían ser operables con quimioterapia neoadyuvante a base de compuestos de platino. Sin embargo, el beneficio de supervivencia no es significativo, incluso si la intensidad de la dosis de cisplatino es superior a 25 mg / m² semanal (HR, 0,91; P =. 200) y la duración del ciclo es inferior a 14 días (HR, 0,83; P =. 046). Para alcanzar un beneficio en supervivencia del tratamiento con quimioterapia neoadyuvante, se debe incluir cisplatino y debe ser seguido por la resección quirúrgica completa del tumor incluyendo los remanentes, mas radioterapia postoperatoria. Las terapias menos agresivas no mejoran la supervivencia.

Hasta hace poco, el régimen estándar de quimioterapia para el cáncer cervicouterino recurrente y metastásico era únicamente con cisplatino (50 mg/m² por vía intravenosa cada 3 semanas). Las tasas de respuesta del 20% al 30% se han informado con una mediana de progresión libre de supervivencia de menos de 3 meses y la mediana de supervivencia global de menos de 7 meses. Combinación de regímenes de quimioterapia producen un aumento de la tasa de respuesta, pero no mejoraron la supervivencia.

Futuros ensayos en donde se combinan mejores regímenes quimioterapéuticos con biológicos, tales como bevacizumab o un inhibidor del factor de crecimiento epidérmico, probaran la eficiencia de los mismos, en un esfuerzo por mejorar los resultados de la quimioterapia combinada.

19. SEGUIMIENTO POST TRATAMIENTO:

Citología vaginal/ evaluación clínica cada 3 meses 0-2 años, cada 6 meses x 6 (2-5 años) y cada año en adelante.

20. REFERENCIAS:

- Adoptado del artículo "Prevention, Diagnosis, and Treatment of Cervical Cancer" Publicado en la revista Mayo Clinics, Mayo Clinic Proceedings December 2007 vol. 82 no. 12 1566-1574
- <http://hemoncblog.blogspot.com/> (buscar: "Carcinoma de cerviz uterino").
- <http://cancernetwork.com/> (cancer Management: A Multidisciplinary Approach, 8th edition, 2004)

21. CONTROL DE CAMBIOS:

Versión	Fecha	Descripción	Elaboró	Revisó	Aprobó
001	Mayo de 2011	Creación del documento	Dr. Juan Guillermo Duque Hematólogo	Víctor Ramos Hematooncologo	Comité Tecnocientífico